Rok XXXI. Kraków, 2 Lipca 1892. Nr. 27.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

TREŚĆ: I. MATLAKOWSKI: O wycięciu kiszki ślepéj wobec zwężenia rakowego i bliznowatego. (dok.) — II. KAPELUSZ: W sprawie nowego sposobu operacyjnego wobec gruźlicy kości piętowéj i skokowéj podanego przez Dra Bogdanika. — III. *Oceny i sprawozdania. Fizyjologija.* Czerny. — *Patologija.* TEDESCHI. — *Choroby wewnętrzne.* AGERON. — *Choroby dzieci.* ULLMANN. — *Choroby nerwowe.* JAKSCH. — *Choroby gardła.* HERYNG. — *Choroby uszne.* STACKE. — *Choroby skórne i kiłowe.* KROWCZYŃSKI. — *Medycyna sądowa* HOFMANN. — SEYDEL. — SPITZER. — *Notatki lecznicze.* THOMAS. OEHREN. — IV. *Wiadomości bieżące.*

I. O wycięciu kiszki ślepéj wobec zwężenia rakowego i bliznowatego.

Napisał

Wład. Matlakowski,

Ordynator szpitala „Dzieciątka Jezus“ w Warszawie.

(Dok. Patrz Nr. 26.)

2) *Resectio* + *Anus praeternaturalis* nie wymaga bliższego roztrząśnięcia pod względem technicznym. Chciałem tylko zwrócić uwagę na jeden punkt bardzo ważny, ponieważ, nawet przy tak szczupłéj kazuistyce, dwa razy odegrał ważną rolę, a tem jest zgorzel wszytych w ranę końców przeciętéj kiszki. W przypadku Koeniga uległa zgorzeli kiszka gruba wszyta w ranę; zwięzłość opisu nie pozwala na wysnucie jakichbądź wniosków; zanotowane jest tylko, iż powodem zgorzeli było obnażenie jéj z kreski; szew kiszkowy był niemożliwy. Natomiast Riedel, wyciąwszy część ilei, *coecum*, całe *colon adsc.* i część c. *transversi* mógł był zbliżyć i zeszyć końce kiszki, lecz nie zrobił tego z obawy zgorzeli przez naciągnięcie kreski mocno zmaltretowanéj przez liczne obkłucia *en masse*; dla zmniejszenia naprężenia kiszki wszył *ileum* w dolnem c. *transversum* w górnym kącie rany; a mimo to nastąpiła zgorzel obu końców; chory mimo to wyzdrowiał. Przypadki te świadczą, iż nałożenie sztucznéj rzyci nie wyklucza możności zgorzeli końców i dla tego w podobnych razach należy bezwarunkowo pierwszeństwo dać anastomozie kiszkowéj, która pozwala obciąć jeszcze więcéj z obu końców, tak aby cięcie napewno wypadło w częściach należycie ukrwionych. Jasnem jest, iż o ile *ileum* i poprzecznica nadają się do wszycia w ranę brzuszną, o tyle *colon adsc. i flexura hepatica* mogą przedstawiać znaczne trudności.

3) *Entero-anastomosis* jest metodą bardzo młodą i dopiero dalsze spostrzeżenia kliniczne są w stanie rozwiązać cały szereg pytań, które wyłoniły się czy w toku dokonanych już operacyj, czy też wskutek doświadczeń wykonanych na zwierzętach, Dotychczas przeważnie dokonywaną była sama przez się bez uprzedniéj resekcyi kiszki, jednakowoż rozciągniętą być może i być powinna na te przypadki wycięcia, w których niepodobna końców kiszek zbliżyć i połączyć szwem z powodu zbyt znacznego naciągnięcia.

A) Spojenia kiszek bez uprzedniéj resekcyi istnieje kilka sposobów, a mianowicie:

Najdawniejszy sposób Maisonneuvea, według którego pętlicę kiszki cienkiéj powyżéj przeszkody spaja się z kiszką grubą poniżéj téj ostatniéj.

Sposób Hakena, wedle którego nacina się na poprzek pętlicę kiszki cienkiéj i oba jéj końce, niezupełnie zatem przeciętéj, wszywa się w ranę boczną poprzecznicy wstępującéj [1]).

Sposób Senna t. z. *Ileo-colostomy by implantation* [2]): przecina się *ileum*, poczem koniec obwodowy zamyka się szwami i wpuszcza do jamy brzusznéj; następnie robi się cięcie podłużne wielkością odpowiadające światłu kiszki biodrowéj w ścianie *coli adsc.* przeciwległéj przyczepowi kreskowemu i w ranę tę wszywa się odśrodkowy koniec k. biodrowéj za pomocą szwu Lembert-Czernego, lub za pomocą pierścienia kauczukowego.

Drugi sposób Senna t. z. *ileo-colostomy by lateral apposition*: przecina się k. biodrową, wpochwia i zaszywa się oba jéj końce, poczem w odśrodkowym z nich i w *colon adsc.* robi się cięcia podłużne jednakowéj długości a brzegi ich spaja albo szwem Lembert-Czernego, albo za pomocą t. z. przedziurawionych tarczek z odwapnionéj kości.

Najpospieszniejszy i najłatwiejszy sposób spojenia jest anastomoza kiszek wedle Maisonneuvea, która znalazła szerokie zastosowanie w raku odźwiernika pod postacią Wöl-

[1]) Zaczerpnięte z Maydla: *Ueber den gegenwärtigen Stand der Darm-Chirurgie.* 1888. str. 391. — [2]) *Annals of Surgery.* T. VII. str. 269.

flerowskiéj *gastroenterostomii.* W zastosowaniu do nowotworów i innych zwężeń k. ślepéj, niedających się usunąć radykalnie, wykonana przez Billrotha, Hackera, Wahla z pomyślnym rezultatem, zasługuje na bliższy rozbiór przynajmniéj niektórych punktów. Już współcześni Maisonneuva zarzucali jego metodzie, iż w wyłączonym odcinku jelita przyjść może do nagromadzenia się kału, nie wyklucza się w nim bowiem zarówno jak w sposobie Hakena, możliwości przedostania się części zawartości kiszkowéj przez zwężone miejsce. Co większa, opierając się na analogii z odbytem sztucznym powstałym po przepuklinach zgorzelinowych, przypuszczał Haken możliwość powolnéj restauracyi dawnego koryta w razach, gdy przyczyną zwężenia, lub zamknięcia światła kiszki były owrzodzenia błony śluzowéj; dlatego to umieszczał oba końce nadciętéj kiszki biodrowéj równoległe do siebie i wszywał je w *colon*, aby upodobnić ich stosunek do sytuacyi kiszki w sztucznéj rzyci; anastomoza więc miała tylko na celu czasowo odprowadzić zawartość kiszkową inną drogą, omijając przeszkodę. Nie ulega wątpliwości, iż sprawa reparacyjna w wielu razach po zagojeniu się owrzodzeń w jelicie, zwolna prowadzi do zupełnéj restytucyi *ad integrum* i do przywrócenia prawidłowego światła kiszki; wątpić jednak się godzi, czy w przypadkach, w których objawy wzmogły się do stopnia, że aż były wskazaniem do wykonania anastomozy, możliwym jest powrót do normy. Tem bardziéj zatem niepożądanem jest zapływanie zawartości kiszkowéj do wyłączonego odcinka w przypadkach nowotworów, gdzie zatrzymując się i gnijąc, wywołałyby szybszy rozpad tkanki nowotworowéj, lub rozszerzanie się wrzodów i wytwarzanie przetok przy owrzodzeniach gruźliczych.

Dla tych względów odpowiedniejszemi ku temu celowi są oba sposoby Senna, w których przez przecięcie k. biodrowéj i zaszycie końca obwodowego bezwarunkowo powstrzymuje się dopływ treści do miejsca zwężenia. Na podstawie licznych doświadczeń Senn twierdzi, że nie przychodzi do nagromadzenia się kału również i w części *coli adsc.* między miejscem spojenia kiszek a zwężeniem; owszem, wykluczony odcinek (na zwierzętach przynajmniéj) ulega zanikowi. Nowy otwór łączący kiszkę biodrową z okrężnicą znajdował Senn zawsze dostatecznie wielkim, rozmiarami równającym się światłu kiszki cienkiéj, przez co upada zarzut Malgaignea, jakoby po anastomozie przychodzić miało do ponownego zwężenia kiszki, skutkiem skurczenia się nowo utworzonego otworu. Nakoniec otwór ten otoczony bywał w doświadczeniach Senna wydatną marszczką błony śluzowéj, przypominającéj zastawkę biodrowokątniczą. Przyszłe spostrzeżenia kliniczne okażą, czy i o ile te wyniki będą stałemi u ludzi; czy rzeczywiście nie przyjdzie do zwężenia otworu komunikacyjnego po dłuższym czasie, niż to było w doświadczeniach Senna. Już Reichel w swoich doświadczeniach zauważył, iż wprawdzie nie dochodzi do zastoju kału i do rozszerzenia w ślepym odcinku kiszki między otworem komunikacyjnym a miejscem zamknięcia, lecz zdarza się widzieć zwężenie i zatkanie tego otworu przez twardsze niestrawione cząstki kału przywierające do jego brzegu, i że nawet możliwe jest zarośnięcie otworu anastomotycznego.

Przypuściwszy nawet, że nigdy nie dochodzi do zastoju i nagromadzenia się zawartości kiszkowéj w wykluczonéj kątnicy, bynajmniéj nie można być spokojnym o dalsze jej losy. Najprzód nie wyłączonem zostaje przedostawanie się do niéj gazów z przewodu kiszkowego; następnie zbiera się wydzielina błony śluzowéj; a wreszcie, co najważniejsza, wytwarzają się produkty ropienia i rozpadu owrzodzeń nowotworowych i gruźliczych, lub ich przetok, nieraz głębokich, łączących się z ropnemi zbiornikami kiszkowemi. Teoretycznie przypuszcza się, iż te wydzieliny mają swobodny i zapewniony odpływ do ogólnego strumienia zawartości kiszkowéj. Bezwarunkowo atoli uważamy za bezpieczniejsze zapewnić im możliwą drogę odpływu w inny jeszcze sposób, a mianowicie:

a) przez wszycie obwodowego końca przeciętéj k. biodrowéj w ranę brzuszną, jak to radzi Maydl.

b) Bardzo szczęśliwą jest myśl Salzera [1]), który proponuje zupełnie odłączać chorobowo zmienione *coecum* przez przecięcie zarówno k. biodrowéj (doprowadzającéj), jak i okrężnicy wstępującéj, resp. poprzecznicy (odprowadzającéj), poczem odśrodkowy koniec *ilei* łączy anastomozą z końcem obwodowym k. grubéj, obwodowy koniec k. biodrowéj zaszywa, a odśrodkowy k. grubéj wszywa w ranę brzuszną, tworząc przetokę przez którą zapewnia się odpływ wydzieliny z wykluczonéj kątnicy, a zarazem zostawia się furtkę dla terapii miejscowéj. Za pomocą doświadczeń na zwierzętach przekonał się Salzer, że proste całkowite wykluczenie kiszki z zupełnem zamknięciem obu końców wykluczonego odcinka jest sposobem niebezpiecznym, w zamkniętéj bowiem pętlicy, nawet po kilku tygodniach dobrego mienia się zwierzęcia następuje pogorszenie, wiodące nieraz do szybkie śmierci z powodu zebrania się wydzieliny, owrzodzenia błony śluzowéj, wessania i zatrucia rozłożonym zamkniętym kałem. Sposób swój Salzer bardzo słusznie rozciąga na przypadki, w których istnieją liczne, a porozgałęziane przetoki kałowe, w mozdelowato zmienionéj ścianie brzusznéj, w bliznowato zwyrodnionym dole biodrowym, przy bliznowatych zwężeniach kiszki ślepéj; w tych przypadkach niebezpieczeństwo związane z resekcyją kiszki może być większe, niż doniosłość samego cierpienia, i dla tego sposob swój autor poleca na miejsce resekcyi i enterorafii.

c) Obok tych dwóch sposobów traktowania końców wykluczonego odcinka ośmielam się proponować jeszcze jeden, polegający na wszyciu w ranę brzuszną obu końców wyłączonéj kątnicy, a zapewniający odpływ wydzieliny przez oba końce na zewnątrz. Sposób ten pozwala na dokładne przestrzykiwanie wykluczonego odcinka, a tem samem na dokładne oczyszczenie kanału przy rakowatem zwężeniu i na działanie środków miejcowo działających przy gruźlicy kiszki ślepéj.

B) Anastomoza po dokonanéj resekcyi kiszki ślepéj ma znaczenie jedynie w przypadkach, gdzie nie można dokonać enterorafii. Nicoladoni [2]) wystąpił z dwiema propozycyjami plastyki kiszkowéj, mającemi zastąpić właściwą anastomozę; proponuje on albo wstawić między koniec kiszki grubéj i cienkiéj, na miejsce wyciętego odcinka odpowiednią pętlicę jelita cienkiego, albo też, wybrawszy swobodnie ruchomą pętlicę kiszki cienkiéj, radzi ją rozciąć w poprzek, poczem obwodowy jej koniec przyszywa do *colon adscendens* resp. *transversum,* a drugi zatem centralny koniec przyszyć do końca kiszki biodrowéj; w tym ostatnim razie zawartość kiszkowa przebywałaby pewną część kiszki biodrowéj w kierunku antyperystaltycznym. Przyszłość po-

[1]) *Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chir.* XX. Kongress. 1891. — [2]) *Wiener med. Presse* 1887 Nr. 50.

każe, o ile propozycyje Nicoladoniego są wykonalne w praktyce, tu zauważyć można jedynie, iż przy pierwszym sposobie oprócz resekcyi chory wytrzymać musi enterorafiję w trzech, przy wtórym w dwóch miejscach, co olbrzymio przedłuża operacyję. Do tego dodajmy traktowanie kreski również przeciętéj w pierwszym razie w dwóch, w drugim w jednem miejscu. Z tego względu bez porównania odpowiedniejszą wydaje się jedna z modyfikacyj anastomozy, proponowanych przez Senna.

Bliższe szczegóły techniczne anastomozy kiszek znajdzie czytelnik w pracach Senna i Reichela, dla tego je tu pomijam. Chociaż sposoby pomyślane przez Senna pozwalają na znaczną oszczędność czasu przy wykonywaniu operacyi, zarówno jednak Reichel, jak i Salzer są zdania, iż szew chirurgiczny według Czernego lub Wölflera posiadają wyższość przy operacyjach na człowieku od tarczek kostnych i pierścieni kauczukowych Senna.

W doświadczeniach swoich autor ten, zauważył iż jeżeli przy anastomozie wykluczoną została cała kiszka gruba, tak że płynna zawartość kiszki cienkiéj dostaje się odrazu do kiszki prostéj, zwierzęta mają wypróżnienia płynne. W moich obu przypadkach enterorafii wycięcie kiszki ślepéj bynajmniéj nie wpłynęło na jakość wypróżnień, które i co do gęstości i co do częstości były najzupełniéj prawidłowemi.

Zanim zamknę niniejszą pracę chcę jeszcze zwrócić uwagę czytelnika na jednę propozycyję, któréj nie miałem sposobności zastosować przy raku kiszki ślepéj, lecz wypróbowałem przy nowotworze wtórnym powstałym z gruczołów chłonnych podotrzewnowych dołu biodrowego. W przypadkach raka kiszki ślepéj, gdzie guz zrośnięty jest ściśle ze skórą i z powięzią dołu biodrowego, a zarazem przyrosły do otrzewnéj w kierunku ku *spina ant. sup.* i do więzu Pouparta, jeżeli wycięcie wydałoby się za trudnem i za niebezpiecznem, stan jednak ogólny na tyle dobry, że czyniłby to pożądanem, proponuję w y k l u c z e n i e n o w o t w o r u *in toto* z j a m y b r z u s z n é j w sposób następujący Cięciem łukowatem zwróconem wypukłością do więzu Pouparta, poprowadzonem ponad środkiem guza, rozdziela się skórę i mięśniowe warstwy, a nawet otrzewną, o ile nie są zwyrodnione; po otwarciu jamy otrzewnéj przecina się kiszkę biodrową i jej kreskę oraz okrężnicę w należytéj odległości od nowotworu, a wtedy końce kiszki łączące się z guzem wyprowadza się na zewnątrz, pozostałe końce t. j. odśrodkowy k. biodrowéj i obwodowy grubéj łączy się za pomocą enterorafii, lub jeżeli nie można za pomocą anastomozy i wpuszcza do jamy brzusznéj, którą zamyka się przez wtłoczenie ściany czyli wargi górnéj rany brzusznéj aż do podstawy guza, gdzie się ją przyszywa do otrzewnéj dołu biodrowogo. W ten sposób wyklucza się guz wraz z końcami kiszki z jamy brzusznéj, wytamponywa się ranę gazą jodoformową lub co lepiéj wyjałowioną i czeka przez dwa tygodnie, aż do mocnego przyrośnięcia ściany brzusznéj w nowo nadanem położeniu, poczem, gdy chory się poprawi, można przystąpić w jakiś czas do drugiej operacyi, już na zewnątrz jamy otrzewnéj, do ekstyrpacyi nowotworu z jego łożyska.

Niektóre z myśli poruszonych w niniejszéj pracy, jako też inne, które nie były uwzględnione, dadzą się streścić w następujących punktach:

1° Rak kiszki ślepéj nierzadko jest cierpieniem bardzo przewlekłem, istniejącem całe lata wprzód nim dojdzie do nie zdradzającem się niczem innem, prócz lekkiego zaparcia i obecności guza. Operacyja w tym okresie jest najwdzięczniejszą i cierpienie powinno być przez lekarzy wewnętrznych troskliwie uwzględniane.

2° Resekcyja i natychmiastowa enterorafija stanowią idealną operacyję, do któréj dążyć się powinno w każdym przypadku nowotworu lub zapalnego guza kiszki ślepéj.

3° Jeśli chory dostaje się operatorowi w okresie zamknięcia kiszki z objawami *ileus*, bezwarunkowo trzymać się należy zdania Bauma, Maydla i innych, i nie przystępować ani do resekcyi, ani do anastomozy, a poprzestać na zrobieniu *anus praeternaturalis* na kiszcze biodrowéj, jak najbliżéj zastawki Bauhina. Wykroczenie przeciw téj zasadzie może przyprawić chorego o śmierć skutkiem fatalnego zbiegu niepomyślnych okoliczności, długiegu trwania operacyi, wylania się zawartości kałowéj do jamy otrzewnéj, jak to miało miejsce w jednym przypadku, u 30-kilkoletniego wybornie odżywionego chorego, u którego nie umiano się zdecydować w porę na resekcyję ograniczonego, bardzo ruchomego guza, póty, aż przyszły objawy *ileus*; przedsięwzięta wtedy w fatalnych warunkach operacyja, zakończyła się śmiercią, skutkiem wylania się kału z kiszki i krwotoku po spełznięciu kleszczyków z kreski. Przypadek ten nie został ogłoszony drukiem; podobnie niepomyślne warunki były powodem śmierci w przypadku Sacrégo. Skoro chory przyjdzie do siebie po operacyi sztucznéj rzyci można przystąpić do resekcyi i zeszycia, lub do anastomozy wedle propozycyi Salzera.

4° Rzyć sztuczną, z wyjątkiem przypadków ostrego zamknięcia należy całkowicie porzucić po wycięciu kiszki ślepéj, a jéj miejsce zastąpić winna w każdym przypadku doraźna enterorafija, lub gdzie ta jest niemożliwą, anastomoza kiszek.

5° Gdzie resekcyja guza okazuje się albo niepodobną do wykonania, albo choć technicznie możliwą, ale za ciężką przez wzgląd na stan ogólny chorego, należy przedsiębrać anastomozę kiszkową wedle metody Senna lub Salzera.

6° Gdzie nie ma rozpowszechnienia i rozsiania raka, który o ile przypuścić można jest jeszcze cierpieniem miejscowem ograniczonem, lecz resekcyja i enterorafija, lub enteroanastomoza na jednem posiedzeniu wydają się za ciężką, można przełożyć kolej tych operacyj i dokonać najprzód samego zeszycia lub połączenia, a guz sam wykluczyć z jamy brzusznéj i ekstyrpować go po zupełnem poprawieniu się stanu chorego.

7° W pomyślnych przypadkach, po resekcyi rakowate kiszki ślepéj i enterorafii doraźnéj, można osiągnąć zadziwiająco dobre wyniki co do stanu ogólnego, oraz sprawności kanału kiszkowego, utrzymujące się całe lata.

Warszawa, Wrzesień, 1891.

II. W sprawie nowego sposobu operacyjnego wobec gruźlicy kości piętowej i skokowej podanego przez Dra Bogdanika.

Skreślił

Dr. Kapelusz, sekundaryjusz szpitala powszechnego w Białéj.

Przez dokładniejszą znajomość spraw gruźliczych w ogólności a przez gruntowne zapoznanie się z ograniczoną i ściśle umiejscowioną postacią gruźlicy kości w szczególności, niejedną kończynę przy zachowawczem leczeniu chirurgicz-

nem uratować teraz możemy, którąby w dawniejszych czasach odjąć musiano. Po dokładnem rozpoznaniu ogniska chorobowego możemy i miejscowo leczyć. Jak zbawiennie miejscowe chirurgiczne leczenie gruźliczych schorzeń kości mianowicie na kończynach usadowionych w wieku dziecięcym działa, jest przez wszystkich pedyjatrów uznanym faktem. Jeżeli nadto oprócz chirurgicznego zabiegu i polepszenie zdrowotnych stosunków, jako to czyste powietrze, odpowiednie odżywienie, kąpiele i t. p. stosować możemy, to nawet o zupełnéj *restitutio ad integrum* można myśleć. A przecież zdarzają się przypadki, w których mimo gruntownego rozpoznania miejscowego dopiero po dokonanem otwarciu gruźliczego ogniska chorobowego, chirurgiczny plan leczenia możemy powziąć. Tak samo jak rozpoznanie narządów w jamach ciała jest dosyć dokładnie wyrobione, a mimo to lekarz chorób wewnętrznych niektórych chorych chirurgowi w celu wykonania cięcia próbnego przesyła, tak samo i chirurgija nowoczesna celem ścisłego rozpoznania miejscowego używała czasowego przepiłowania kości, poczem właściwy zabieg wykonać było można. Te cięcia próbne znowu bez szkody dla chorego wykonywa się przy dokładnem zastosowywaniu antiseptyki i aseptyki.

Niniejszem chcę opisać dwa przypadki, jeden z gruźlicą kości skokowéj, drugi z gruźlicą kości piętowéj, operowane przez Dra Bogdanika w szpitalu powszechnym w Białéj, według metody własnéj, ponieważ sposób ten operacyjny posiada niektóre zalety w porównaniu z dotychczas używanemi sposobami.

Zasady tego sposobu operacyjnego są następujące: Cięcie rozpoczyna się nieco poniżéj kostki wewnętrznéj (względnie zewnętrznéj, jeżeli operujemy na stopie lewéj), przebiega przez środek guza kości piętowéj do kostki zewnętrznéj zaraz do kości drążące, potem przepiłuje się kość piętową w tym samym kierunku przy równoczesnem mocnem zginaniu grzbietowem stopy. Skoro kość piętową do powierzchni stawowéj z kością skokową przepiłowano, rozłożyć można obie powierzchnie przepiłowane przebiegające przez ciało kości piętowéj. Jeżeli ognisko gruźlicze w tejże się znachodzi, można je dokładnie w całéj rozciągłości widzieć i przez *évidement* łyżeczką ostrą lub za pomocą dłutka wyżłobionego usunąć, jeżeli zaś całą kość piętową znachodzimy gruźlicą zajętą, to możemy całą kość wyłuszczyć.

Przez powyższe cięcie otrzymujemy także przystęp do dolnéj powierzchni stawowej kości skokowéj i w razie potrzeby można ztąd całą kość skokową wyłuszczyć, jak to istotnie w jednym z poniżéj opisanych przypadków było, przy ograniczonem zaś ognisku chorobowem w kości skokowéj można takowe usunąć. Cięcie podane zawiera mnóstwo zalet w porównaniu z dotychczas prowadzonemi cięćmi. Cięcie grzbietowe poprzeczne według Huetera przecina ścięgna wypreżaczy, naczynia, nerwy; po dokonanéj operacyi spajano ścięgna i nerwy szwem. Cięcie strzemieniowe według Buscha i Hahna z czasowem przepiłowaniem kości piętowéj w kierunku czołowym (jak u Pirogowa) i wyłuszczeniem kości skokowej ma znowu te ujemne strony, że przecina mięśnie podeszwowe i wytwarza bliznę na podeszwie, która przy chodzeniu dosyć bolesną być może. Podane przez Dra Bogdanika cięcie nie nadwerężа ani ścięgien, ani mięśni, ani naczyń, ani nerwów, dlatego należy uważać je jako idealne cięcie do przepiłowania kości piętowéj. Operacyi towarzyszy nieznacznee broczenie. Według téj metody poprzednio na zwłokach wypróbowanéj operowano następujących:

I. F. K., 17 lat liczący, wyrobnik fabryczny z Kamienicy, przyjęty 28/9 1891, bez obciążenia dziedzicznego. Chory od pierwszéj swéj młodości cierpi na moczenie nocne, prócz „prosówki“ (*miliaria*) nie przebył żadnéj choroby. Od 3 miesięcy powstał wrzód w okolicy kostki wewnętrznéj.

Stan obecny: Chłopiec niskiego wzrostu, wątłéj budowy ciała, źle odżywiony, niedokrewny. Ciężar ciała 42·25 klg. Okolica między kostką wewnętrzną lewą i ścięgnem Achillesa obrzmiała, zaczerwieniona. Obrzmienie rozciąga się ku przodowi do kostki wewnętrznéj lewéj, ku górze prawie na 2 palce powyżéj kostki, ku tyłowi do ścięgna Achillesa, ku dołowi do wewnętrznego sklepienia stopy. Na szczycie obrzęku znachodzi się wrzód wielkości orzecha laskowego. Zgłębnik wprowadzony zanurza się w kierunku ku tyłowi i dołowi, przyczem wyczuć można tarcie przy wykonywaniu ruchów tymże Zresztą przy badaniu chorego nie znaleziono nic uwagi godnego.

Rozpoznanie: Próchnienie szyjki kości skokowéj.

Rękoczyn: Cięcie części miękkich od jednéj kostki do drugiéj przez guz kości piętowéj ukośnie przebiegające, drąży od razu do kości; przepiłowanie kości piętowéj w tymże samym kierunku, poczem przez nadmierne zginanie grzbietowe (*hyperflexio dorsalis*) stopy staw skokowo-piętowy zwichnięto. Cięcie przez części miękkie nieco ku górze przedłużono, obustronnie na 1 ctm, poczem odpreparowano górną część guza kości piętowéj razem ze ścięgnem Achillesa. Więzadła boczne kości skokowéj przecięto nożem i nożycami, odciągając przedtem naczynia i ścięgna za pomocą tępych haczyków. Uchwyciwszy ciało części skokowéj mocnemi kleszczami Fergussona, wytarzano kość skokową. Przecięcie więzadeł i wydobycie kości skokowéj jest dosyć żmudnem. Po obejrzeniu chrząstki stawowéj kości goleniowéj i piszczelowéj jakoteż piętowéj, znalazłszy takowe w stanie prawidłowym, wyskrobano jeszcze otwór przetoki w częściach miękkich ostrą łyżeczką Brunsa. Krwawienie przytem było nieznaczne, ani ścięgna, ani naczynia tętnicze nadwerężone nie zostały. Powierzchnie przepiłowane kości piętowéj złożono razem, rany skórne spojono szwem ciągłym katgutem chromowym. Dren Neubera (odwapniony), sublimat $^1/_2\,^0/_{00}$, proszek jodoformowy, gaza jodoformowa 30$^0/_0$, *silk protective* przedziurawiony, wata Brunsa, opaska na krochmalona. Tylną powierzchnię szyjki skokowéj znaleziono ogloconą z okostnéj, szorstką i szarawo zabarwioną. Po przepiłowaniu okazało się, iż kość na tylnéj powierzchni 2—3 mm czarno jest zabarwioną.

Przebieg pooperacyjny: 8/10 t. 120, c. 38·5, wieczór 37·5° C.

9/10 t. 120, c. 38·5.

10/10 t. 128, c. 37·7.

11/10 t. 116, c. 37·9.

I. opatrunek nieco krwią przesiąknięty, grzbiet stopy zaczerwieniony. Na przedniéj powierzchni kostki wewnętrznéj skóra sinawo zabarwiona wielkości centa. Około drenu małe zgorzelinowe strzępki i wąskie pasmo dolnego płatu skórnego usunięto. Zresztą rana ładnie czerwono wygląda. Ułożenie stopy na szynie resekcyjnéj.

11/10 wieczór 38·8° C.

12/10 wieczór 37·7° C.

II. Opatrunek przesiąknięty zmieniono.

17/10. III. Opatrunek przesiąknięty, cuchnący. Kreolin 1$^0/_0$ rozczyn. C. 37·2.

23/10. IV opatrunek. Rana się oczyściła, szwy odjęto, opatrunek jodoformowy.

26/10. V opatr. 31/10 VI opatr. 8/11 VII opatr.

18/11 VIII opatr. Odtąd gojenie powoli postępuje. Ruchy w stawie skokowym wolne i niebolesne. Okolica pięty nieco grubsza a stopa przy stawaniu ma skłonność do podwijania się nieco na zewnątrz (*pes valgus*). Wyraz twarzy blady, ciężar ciała 37·7 klgr., zatem ubytek o 4$^1/_2$ klgr. Przypuścić przeto należy, iż jakieś ognisko gruźlicze istnieje, które wcześniéj czy późniéj da się rozpoznać.

V. R., 20 lat liczący, pomocnik murarski, z Mazańcowic, przyjęty 23/11 1891. Podczas uczęszczania do szkoły przebył chory zołzowe cierpienie gruczołów w okolicy podszczękowéj lewéj, po którem pozostały nieregularne, sinawobiaławe blizny. W lecie r. 1891 powstało obrzmienie w okolicy kostki zewnętrznéj lewéj z początku nie bolesne.

Stan obecny: okolica lewéj zewnętrznéj kostki obrzmiała, sinawo zabarwiona. Obrzmienie rozciąga się ku górze aż do wysokości kostki zewnętrznéj lewéj, ku dołowi na 2 palce poniżéj kostki, ku przodowi przechodzi obrzmienie stopniowo w zdrową skórę, ku tyłowi rowek zakostkowy między kością piszczelową a ścięgnem Achillesa wypełniony. W dolnym odcinku tegoż obrzmienia znachodzi się przetoka mająca cechy wrzodu gruźliczego. Zginanie i wyprostowanie w stawie skokowym prawidłowe, niebolesne. Ciężar ciała 53·8 klg.

Rozpoznanie: Próchnica kości piętowéj, blizny w okolicy podszczękowéj lewéj po zropieniu gruczołów zołzowem na szyi.

Rękoczyn: 2/12 cięcie od jednéj kostki przez okolicę guza kości piętowéj do kostki po stronie przeciwnéj drążące od razu do kości, przepiłowanie kości piętowéj w tym samym kierunku, przy rozłożeniu obu powierzchni przepiłowanych kości piętowéj znachodzi się próchnicze ognisko wielkości orzecha włoskiego, które wydłutowano i wyskrobano. Z tego ogniska prowadził kanał w kości na zewnątrz, który także wyskrobano. Szew katgutem chromowym kości piętowéj, szew skórny. Drenowanie przez prztokę, dren prowadzono przez opatrunek na zewnątrz. Gaza jodoformowa, batyst przedziurawiony, opatrunek watą.

Przebieg pooperacyjny. 3/12 t. 68, c. 37·5° C.
4/12 t. 80, c. 37·0, wieczór 38·4.
5/12 c. 36·8, wieczór 37·5.
6/12 c. 36·3, wieczór 37·4.
7/12 I opatrunek, rana aseptyczna, wieczór c. 37·7.
8/12 c. 36·3, wieczór 37·8.
9/12 c. 37·1, wieczór 37·8.
10/12 c. 36·9, II opatrunek, wieczór 37·9.
11/12 c. 37·0, wieczór 37·0.
12/12 c. 36·8, wieczór 37·6.
15/12 III opatrunek, nieco ropy cuchnącéj.
23/12 IV opatrunek, dtto.
1/1 V opatrunek, szwy odjęto.
7/1 VI opatrunek, szew kostny odjęto. Kształt stopy w niczem nie zmieniony, ruchy zupełnie wolne. Ciężar ciała 53·7, zatem ani przybytku ani ubytku niema. Chory chodzi, ból w narcie ustał, uważać go można za ozdrowieńca.

Przypisek. Gdy już niniejsza praca przez kol. Kapelusza do druku przygotowaną była, pojawił się w „Przeglądzie Lek.“ (1892, Nr. 1) artykuł prof. Obalińskiego, w którym niespodzianie ciężkiego wroga dla swéj metody ujrzałem. Jego cięcie bowiem pierwotnie dla małych kości stępu przeznaczone, przemienia się nagle na duże cięcie stopy podłużne i toruje sobie dostęp do kości piętowéj, skokowéj i stawu skokowego, — a zalety téj metody są jasne i przekonywające. Wobec tego w téj sprawie kilka słów poświęcić muszę.

Wskazanie dla cięcia mego ograniczam jedynie do przypadków, w których ognisko chorobowe przy zdrowéj zresztą skórze w kości piętowéj lub skokowéj przypuszczamy. Tam, gdzie małe cięcie jest wskazanem, mojego stosować nie można. Przy schorzeniu kości skokowéj, a przedewszystkiem piętowéj moje cięcia zaleca, bo cięcie w częściach miękkich jest jak najmniejsze, nie przecina się żadnych naczyń, ścięgien, mięśni albo nerwów, przeto żadnych zaburzeń w sferze czucia lub ruchu obawiać się nie należy, blizna ma położenie najkorzystniejsze, wreszcie kształt stopy najmniejszéj ulega zmianie, zwłaszcza jeżeli się przepiłowane odłamki kości piętowéj szwem kostnym spoi, co zawsze polecam.

Biała d. 8/I 1892. *Dr. Bogdanik.*

III. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

Czerny: **Uwagi nad snem dzieci w stosunkach fizyjolog.** (Z kliniki pedyjatrycznéj prof. Epsteina w Pradze).

Zbyt słaby rozwój zmysłów, tak u osesków jak nieco starszych dzieci, stanowi przeszkodę przy badaniu nasilenia snu za pomocą sposobów Fechnera, Piesbergena, Mönninghoffa używanych u osób dorosłych a zależnych od stopnia rozwoju wzroku, słuchu, smaku, powonienia. W skutek tego u dzieci jedynie tylko czucie skórne może według zdania Czernego służyć za podstawę tychże badań. Za miarę nasilenia snu uważa on tę najmniejszą podnietę, jakiéj trzeba użyć aby dziecko odczuło a jako środka pobudzającego używa prądu indukcyjnego, powstającego w chwili otwarcia prądu pierwotnego, zaś za jednostkę prądu, którym bada, uważa tę siłę prądu indukcyjnego, jaka powstaje przy otwarciu prądu głównego 50 MAP. Aby dzieci można badać w każdem położeniu a przytem ruchy ich we śnie nie były upośledzone, to można osiągnąć tylko przez stałe połączenie ich z prądem za pomocą elektrod przymocowanych taśmami do przedramienia, od których druty koło poduszek prowadzą do bateryi. Głębokość snu fizyjologicznego badał Czerny u 14 dzieci, ztych 6 przypadków dotyczyło dzieci między 2 a 6 rokiem życia, a 8 osesków od 1-go dnia do 9 miesięcy.

Sen u starszych dzieci w warunkach fizyjologicznych trwa 8 do 11½ godzin, a nasilenie jego, jak Czerny graficznie przedstawił, jest w stosunku prostym do czasu trwania i w pierwszéj godzinie po zaśnięciu jest największe, w drugiej bardzo szybko opada, aby na tym stopniu długi czas pozostać, aż znów przy końcu snu, t. j. w rannych godzinach, podnosi się, lecz nie dochodzi do takiéj wysokości, jak pierwotnie, poczem szybko opada. W śnie fizyjologicznym osesków odróżnia dwa peryjody trwające 3 do 5 godzin, co razem czyni 6 do 10 godzin, a więc prawie tak długo, jak sen u starszych dzieci, które przedziela przerwa snu wywołana potrzebą pożywienia się. Nasilenie snu u osesków niczem nie różni się od tegoż u starszych, gdyż z początkiem okresu pierwszego jest największe, poczem opada nieco wolniéj, niż u dzieci, następnie w początku okresu drugiego trwającego znacznie krócéj podnosi się lecz nie dochodzi do takiéj wysokości jak w pierwszym, poczem znów opada wolno. Krzywe, otrzymane z tych obu okresów połączone ze sobą są prawie analogiczne z krzywą głębokości snu u starszych.

Wpływ snu popołudniowego na sen fizyjologiczny nocny badał u dwu osesków i wykazał, że linia głębokości snu okazująca fizyjologicznie wyż wspomniane dwa podniesienia, ulega téj zmianie, iż pierwsze podniesienie mniejsze i wolniejsze, zaś drugie (ramie) większe i szybsze. Aby wykazać przyczyny tak charakterystycznego zachowania się nasilenia snu, badał na dwu oseskach czynności fizyjologiczne wśród snu i wykazał że parowanie przez skórę stoi w stosunku prostym do wahań głębokości snu, a oddawanie ciepła (z uwzględnieniem rodzaju przykrycia) w stosunku odwrotnym do tychże i ten wzajemny stosunek owych czynności fizyjologicznych tłómaczy spadek głębokości snu, przez co staje się niemożebnem, by sen przeszedł w śpiączkę.

Ciepłota wśród snu zachowuje się, jak nasilenie t. j. występuje z początku i przy końcu snu podwyższenie o 0,3 do 0,4°C, lecz to drugie podniesienie wcześniéj prawie o godzinę następuje, niż powiększenie nasilenia.

Wpływ snu na oddech i tętno u dzieci badał za pomocą polygrafu Knolla i wykazał, że w chwili usypiania oddech staje się wolniejszym, bardziéj powierzchownym, wydech dłuższy, aż w końcu powstaje pauza oddechu szcze

gólnie wyraźna u osesków, mogąca trwać 5 do 10 sekund bez wpływu na następne oddechy. Jeżeli oddawanie ciepła jest utrudnione, to oddech nie bywa ani znacznie zwolniony, ani przerywany. Objawu Cheynego Stokesa w śnie fizyjologicznym nie obserwował nigdy.

W chwili najmniejszego nasilenia snu, tętno bywa znacznie zwolnione, w chwili najwyższego zaś przyspieszone i bardzo wyraźne na tętnie występują fale oddechowe. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung N. F.* XXXIII B. I. Lipsk 25 Października 1891).

Dr. Komorowski.

Patologija.

T e d e s c h i (Siena): **Fragmentacyja mięśnia sercowego.**

T. przechodzi całą dotychczasową literaturę w sprawie tak zwanéj fragmentacyi serca czyli rozklejania się pojedynczych beleczek mięsnych serca. Pierwszym, który na zmianę tę swą uwagę zwrócił, był Renant wspólnie z Landouzym. Z dość licznych ale pobieżnych prac różnych autorów tą zmianą patologiczną się zajmujących, na pierwszem miejscu uwzględnia autor szczegółową pracę Browicza, podając wnioski tegoż. Browicz twierdzi, że zjawianie się pasemek rożdzielających pojedyncze beleczki mięsne serca nie jest zależnem zupełnie od zmian pośmiertnych, lecz stanowi początkowy okres rozklejania się tychże beleczek. W dalszym ciągu przychodzi wprost do zaniku istoty spajającéj pojedyncze beleczki tak, że te odtąd ze sobą nie są w ścisłem połączeniu, wreszcie nawet ulegają bezładnemu rozrzuceniu; zmiany takie w mięśniu sercowym zależnie od swéj rozległości mogą stać się powodem nagłego porażenia lub pęknięcia serca.

Fragmentacyja nie należy do rzadkich zjawisk przy sekcyi i może jużto w zdrowym zresztą mięśniu sercowym powstać, jużto łączyć się z innemi zmianami tegoż mięśnia, jak n. p. z zwyrodnieniem ćmawem lub tłuszczowem. Czy zmiany w naczyniach, stanowiące przyczynę zwyrodnienia włóknistego mięśnia sercowego, uważać należy również za przyczynę fragmentacyi, Browicz na razie nie może stanowczo rozstrzygnąć. Przy fragmentacyi znaczniejszego stopnia można zdaniem T. podobnie jak Browicza i Renanta ją już makroskopowo rozpoznać po niezwykłem zwiotczeniu mięśnia serca.

Autora zajmowała głównie sprawa, czy fragmentacyję należy uważać za zmianę pośmiertną, czy też za życia jeszcze występującą. Browicz uważa ją za zmianę jeszcze za życia powstającą. T. rozpoczął doświadczenia na zwierzętach, uszkadzając im mięsień sercowy igłami rozpalonemi, przecinając n. błędny, wreszcie wywołując w ustroju zwierząt zakażenia podobne, po których na zwłokach fragmentacyję spotykał. Doświadczenia te o wyniku dodatnim przekonywają go, iż proces ten chorobowy powstaje za życia i to nie tylko u ludzi, lecz nawet u zwierząt, zwłaszcza u psów. T. sprzeciwia się zdaniu Renanta, jakoby fragmentacyja była procesem starczego zaniku istoty kitowéj między beleczkami, spotykał bowiem te zmiany nawet w sercach jednorocznych dzieci. Przyczyną zmiany téj najczęściéj zdaniem T. (również i Browicza) są choroby zakaźne, choroby mózgowe, sercowe a wreszcie shok. W końcu uznaje T. nazwę zmiany téj, *segmentatio* lub *fragmentatio* za odpowiedniejszą niż nazwę podaną przez Renanta *myocardite segmentaire*. (*Arch. f. pathol. Anat und Physiol. Virchova* T. 128. Z. II. 1892).

Dr. Wachholz.

Choroby wewnętrzne.

A g é r o n: **O szkodliwych skutkach leczenia mlekiem.**

Wielu ludzi czuje pewną odrazę do spożywania mleka, a czyniąc to, nabawiają się niestrawności, która szczególnie wtedy się wzmaga, jeżeli istnieją przewlekłe cierpienia przewodu pokarmowego, które przez wyłączne pożywienie mleczne staramy się pokonać. Te późniéj występujące zboczenia polegają na nieprzyjemnym kleisto-papkowatym smaku, zmniejszeniu apetytu, odbijaniu kwasem, wymiotach, częstokroć odbijaniu powietrzem, daléj pojawia się uczucie gniecenia w żołądku, napchania i bolesne tegoż napięcie; w jelitach powstają i kruczenia, kolki, napięcie; z początku bywa zaparcie, późniéj nastają wypróżnienia wodniste z przymieszką pokarmów niestrawionych; brzuch jest wzdęty; wypuk granic żołądka wykazuje rozstrzeń.

Lecz również i ogólne zaburzenia, skutkiem wyłącznego spożywania mleka, nie pozostają w oddali, a mianowicie: ciężar ciała maleje, wejrzenie jest niedokrewne, zawrot głowy, kołatanie serca, ucisk na mózg, znużenie itd. Główną przyczynę powyższych zboczeń w odżywianiu upatruje autor w jednostronnem przewlekłem pożywieniu, którego przewód pokarmowy znieść nie może. Ostrzega tedy A. przed rozpoznawczemi bezdrożami, na jakie wspomniane objawy zaprowadzić mogą, wzbudzając podejrzenie, iż za początkowo błahem cierpieniem ukrywa się złośliwa choroba. Przed rozpoczęciem tedy każdego leczenia mlekiem należy przedewszystkiem przewód pokarmowy zbadać i podczas téj czynności ciągłem ważeniem ciężar ciała sprawdzać. (*Münch. med. Wochenschr.* Nr. 50, 1891). *Dr. Skobel.*

Choroby dzieci.

B. U l l m a n n: **Spostrzeżenia nad kokluszem.**

W obec dość często pojawiających się, nieraz gorąco z różnych stron polecanych i zachwalanych, a przecież zawodzących specyfików przeciw krztuścowi, nie powinien ujść naszéj uwadze trzeźwy, na stosunkowo dość licznym materyjale oparty sąd o pewnym środku.

Takim w ostatnich czasach polecanym środkiem swoistym przeciw krztuścowi jest bromoform; twierdzono o nim (Stepp i Löwenthal), że nietylko zmniejsza nasilenie i ilość poszczególnych napadów kaszlu, że nietylko skróca czas trwania całéj choroby, ale że zapobiega także wytwarzaniu się powikłań, a nawet że wytworzone szybko leczy. Również swoisto przeciw krztuścowi działać miał niedawno zalecany H_2SO_3 (przy paleniu siarki wywiązujący się) w formie wziewań.

Te dwa środki starał się autor wypróbować i doświadczyć, chociaż jak to sam przyznaje, przeprowadzając swe badanie na chorych przychodnich nie zdołał uniknąć pewnych z natury rzeczy wynikających niedokładności.

Ogółem leczył on około 200 przypadków krztuśca, ścisłą obserwacyę przeprowadził w 66 przypadkach (te tylko bierze w rachubę), a mianowicie leczył 50 przypadków za pomocą bromoformu, podając go w dawkach, jak to Stepp i Löwenthal polecili, 14 za pomocą wdychiwania H_2 SO_3, równocześnie w kilku innych przypadkach podawał dla porównania środki odurzające, lub wykrztuśne, lub zupełnie obojętne. Niestety zdaniem autora oba te środki ani w części nieodpowiadały oczekiwaniom: działanie bromoformu było bardzo małe, w kilku (8) przypadkach zauważyć można było zmniejszanie się ilości napadów kaszlu, jednak kosztem zwiększonego nasilenia tychże, lub odwrotnie, w kilku przypadkach (7) zwiększyły się oba te objawy krztuśca, w 3 przypadkach wywiązały się powikłania wśród podawania tego środka, a wreszcie 2 przypadki wytworzonego już zapalenia płuc leczone bromoformem zakończyły się niepomyślnie. H_2 SO_3 przynosił zdaniem autora nieraz raczéj szkodę niż poprawę.

Na podstawie swego doświadczenia przychodzi autor do wniosku, że żaden z powyższych środków nie może uchodzić za lek swoisty, przeciwkrztuścowy, że bromoform jako środek odurzający, podawany w tem cierpieniu, w niczem nie przewyższa dotychczas używanych środków. (*Archiv für Kinderheilkunde* 1892 I. i II. *Dr. Raczyński.*

Choroby nerwowe.

J a k s c h: **O wpływie przecięcia nerwu współczulnego na przebieg padaczki.**

Metoda Aleksandra, zasadzająca się na podwiązywaniu *art. vertebrales* celem usunięcia padaczki, niewielu znalazła naśladowców. W Anglii próbował jéj Sydney-Jones a na kontynencie pierwszy wykonał ją we Lwowie Barącz, nie bez dodatniego wyniku. Słusznie Barącz sądzi, że dodatnie wyniki przypisać raczéj należy przecięciu gałązek nerwu współczulnego, które przy podwiązywaniu tętnicy kręgowéj jest nieuniknione; albowiem trudno wytłomaczyć, dlaczegoby

prawie podwiązanie tych tętnic miało padaczkę powstrzymywać lub łagodzić. Z tego powodu proponuje autor przecięcie gałązki nerwu współczulnego szyjnego, w celu leczenia padaczki. Dla zapobieżenia zrośnięciu się nerwu, wycina J. kawałek z nerwu współczulnego szyjnego ponad dolnym zwojem szyjnym i podwiązuje *en masse* tętnicę i żyłę kręgową przed wejściem do kanału kręgowego a to celem przerwania komunikacyi rozgałęzionych włókien nerwu współczulnego szyjnego.

Przecięcie nerwu współczulnego szyjnego nie wywiera żadnego wpływu. jak to Fantino z Turynu udowodnił, na mięsień sercowy i jego czynność, operacyja zatem nie przedstawia żadnych niebezpieczeństw. Objawy, jakie po takiéj operacyi występują, są następujące: 1) zwężenie źrenicy i zapadnięcie się gałki ocznéj po stronie operowanéj; 2) rozszerzenie się naczyń krwionośnych twarzy powierzchownych po stronie operowanéj, trwające dni kilka. Autor podaje opisy 2 operowanych przypadków, w których po rocznéj obserwacyi do powtórzenia napadów padaczkowych nie przyszło. (*Wr. med. Wschrft.* Nr. 16, 17, 1892).

Dr. Mendelsburg.

Choroby gardła.

H e r y n g: **O łagodnych owrzodzeniach gardziela.**

Autor podaje w swéj pracy opis choroby gardła, z którą dotychczas nie spotykał się w literaturze lekarskiéj. Cierpienie to usadawia się najczęściéj po jednéj stronie na łukach podniebieniowych i przedstawia owalne owrzodzenia pokryte białym nalotem. Ustrój oddziaływa podwyższeniem ciepłoty ciała i miernem osłabieniem; miejscowo żalą się chorzy na uczucie palenia i utrudnione połykanie.

Przez porównanie objawów, umiejscowienia i cech wspomnianéj choroby z innemi tego rodzaju sprawami, nabiera autor przekonania, że stanowi ona chorobę zupełnie odrębną, nie dającą się pod żadną dotychczas opisaną postać podciągnąć i nadaje jéj nazwę „*angina ulcerosa benigna*“. Badanie bakteryjologiczne wypociny z owrzodzeń wykazuje jako podstawę choroby koki, nazwane przez Dra Bujwida, który badania te wspólnie z autorem wykonywa, *streptococcus monomorphus*, a doświadczenia wykonane na zwierzętach, następnie na ludziach, usprawiedliwiają w znacznéj części to zapatrywanie. U królików powstawało w miejscu zastrzyknięcia hodowli wspomnianego paciorkowca stwardnienie, z którego treść badana bakteryjologicznie zawierała koki o téj saméj postaci. Koki przeszczepione na łuki podniebieniowe lub migdałki u ludzi wywoływały zmiany podobne do pierwotnéj sprawy.

Badania bakteryjologiczne prowadzone w dalszym ciągu przez prof. Ribberta z Bonn przemawiają za tem, że paciorkowiec ten jest tylko osłabioną odmianą zwykłych streptokoków, wywołuje bowiem u zwierząt ropienie, w mniejszym jednak stopniu, a tylko pod wpływem zewnętrznych, bliżéj nie znanych czynników, zjadliwość jego ulega osłabieniu. (*Gazeta Lek.* 1892, Nr. 7).

Dr. L. Korczyński.

Choroby uszne.

S t a c k e (Erfurt): **O odsłonięciu przestrzeni ucha środkowego po oddzieleniu małżowiny.**

Operacyja, którą S. obszerniéj opisał na międzynarodowym Zjeździe w Berlinie r. 1890, jest wskazaną w tych zresztą nieulecznych ropieniach ucha środk., które się usadawiają przeważnie na górnéj części jamy bęb., szczególnie wobec próchnicy i żółciołojaka. Zazwyczaj jama sutkowa równocześnie jest zajęta, o czem można się podczas operacyi przekonać. Sposób ten ma zatem także wartość rozpoznawczą. Przez oddzielenie małżowiny, poprzeczne przecięcie i odciągnięcie przewodu usznego odsłania się pole operacyjne tak, że można błonę i jamę bęb. przeglądać przy bezpośredniem świetle dziennem. Po ukończeniu wstępnéj téj operacyi oddala się kostki uszne i błonę bęb. lub reszty takowéj, odłutowywa się ścianę zewnętrzną i dolną osklepka i sonduje jamę sutkową. Jeżli takowa jest zajęta, przeobraża się ją przez otwarcie jéj od zewnątrz i resekcyję tylnéj ściany przewodu w płytką jamę, którą się pokrywa, po dokładnem oczyszczeniu od części schorzałych, płatem z skórnookostnowéj powłoki przewodu kostnego. Transplantacyja ta ma na celu: 1) wprowadzenie zdrowego przyskórka do jamy bęb., 2) wytworzenie szerokiéj, trwałéj komunikacyi między przewodem a jamą sutk. Leczenie pooperacyjne jest uproszczone, wymaga jednak wielkiéj przezorności i oględności. Czas leczenia wynosi przeciętnie 4 miesiące. Z 33 operowanych wyzdrowiało 19 i tylko jeden chory umarł niezależnie od operacyi z powodu cukrzycy. Słuch niekiedy się polepszał, nigdy się nie pogorszył. (*Deut. med. Ztg.* Nr. 84, 1891).

Dr. Spira.

Choroby skórne i kiłowe.

Ż. K r ó w c z y ń s k i: **Myxoedema.**

Do znanych dotychczas opisów wspomnianéj choroby dodaje autor dwa nowe, spostrzegane przez siebie w przeciągu niespełna roku.

W przypadku pierwszym choroba, trwająca od trzech lat, rozpoczęła się dość nagle i zajęła w przeciągu kilku dni najpierw obie kończyny dolne; obrzęk powiększał się tak szybko, że już po 2 tygodniach chora chodzić nie mogła. Stan taki trwał miesiąc, poczem chora, prócz znacznego wychudnięcia, miała być zresztą zdrową, cierpiała tylko silne bóle głowy i całego ciała. Raz jeszcze powstał nagle obrzęk twarzy, który jednak szybko ustąpił. Po upływie dwóch lat względnego zdrowia zaczęła znowu obrzmiewać twarz, kończyny górne i tułów, a w chwili wstąpienia do szpitala zauważono obrzęk obu policzków, skóry karku i tułowia, głównie do pasa, na brzuchu i szyi zgrubienie skóry znacznie mniejsze. Gruczoł tarczykowy zanikły, przeważnie w zakresie płatu prawego, wyraz twarzy idyjotyczny, władze umysłowe upośledzone. Błona bębenkowa w obu uszach obrzękła i zgrubiała, słuch, zwłaszcza na lewem uchu bardzo upośledzony. Podczas pobytu w szpitalu stan choréj poprawił się o tyle tylko, że była mniéj apatyczna, zajmowała się nawet podrzędnemi robotami. Dwa razy w odstępach 4—5 tygodni stwierdzono znaczne zwiększenie się bólu głowy i krzyżów. Wystąpiła ze szpitala w stanie niezmienionym. Gdy po miesiącu wróciła, zauważono obrzmienie dziąseł, a chora żaliła się często na silny ból tychże. Podczas ponownego pobytu w szpitalu dostała ospy, po przebyciu któréj stan jéj znacznie się poprawił, zgrubienie skóry zmniejszyło, a władze umysłowe mniéj były przytępione.

Przypadek drugi podobny był do pierwszego pod względem sposobu powstania i kolejności zmian, jednakże nasilenie sprawy było mniejsze. I w tym przypadku okres miesiączkowania zapowiadał silny ból głowy i krzyżów oraz żywe zaczerwienienie całéj twarzy, które po wystąpieniu miesiączki ustępowało miejsca charakterystycznéj bladości skóry.

Na zakończenie podnosi autor korzystny wpływ ospy w pierwszym przypadku i zwraca uwagę na doświadczalną pracę Murraya, który w celach terapeutycznych wstrzykiwał z dobrym skutkiem sok z gruczołu tarczykowego, oraz na skuteczność transplantacyi gruczołu tarczykowego, zaleconéj przez Horsleya. (*Medycyna*, Nr. 9, 1892).

Dr. L. Korczyński.

Medycyna sądowa.

Prof. H o f m a n n (Wiedeń): **Dziatwa szkolna z nieprawidłową budową czaszki; względy pedagogiczne.**

Dzieci z nieprawidłową budową czaszki, bądź skutkiem wodogłowia, krzywicy, bądźto skutkiem przedwczesnego zrostu szwów kostnych, wymagają szczególniejszych względów ze strony pedagogów. Czaszka nieprawidłowéj budowy wpływa na nieprawidłowy rozwój mózgu, który wówczas okazuje mniejszą odporność i mniejszą zdolność do czynności. U dzieci tych spostrzegać można wygórowaną wrażliwość, skłonność do psychicznych zamroczeń, zwłaszcza w okresie rozwoju, również i nadmierną skłonność do afektów, zwłaszcza do przestrachu. Skłonność do drgawek i nerwic, wielka wrażliwość na stan gorączkowy i urazy — oto szereg skutków zboczeń w budowie czaszki. Pod wpływem już mniéj znacznych wzniesień ciepłoty ciała, wreszcie pod wpły-

wem kar cielesnych zapadają dzieci takie nierzadko na zdrowiu wśród poważnych objawów ze strony opon mózgowych, a przypadki śmiercią zakończone znane są w literaturze. Wobec tych następstw, jakie zboczenia w budowie czaszki za sobą pociągają, istnieje dość poważny powód, aby tak nauczyciele jak i lekarze szkolni szczególniejszą opieką dzieci takie otaczali. (*Zeitschrift f. Medicinalbeamte*, 1891, p 553).

Prof. Seydel (Królewiec): **Krzepnięcie krwi w jamach ciała po śmiertelnych zranieniach.**

Często zdarza się lekarzowi sądowemu lub anatomowi spotkać z znaczniejszem wynaczynieniem krwi do którejkolwiek z jam, czy to jamy klatki piersiowej, czy brzusznej, czy czaszkowej. Krew wynaczyniona zachowuje się tu dwojako, albo pozostaje płynną, względnie po większej części płynną, lub krzepnie. Aby zbadać, jakich warunków trzeba, aby krew wynaczyniona do jamy ciała skrzepła, wykonał S. szereg doświadczeń zabijając psy postrzałami. Na tej zasadzie doszedł do następujących wyników; krew wynaczyniona z powodu przedarcia naczynia krzepnie, jeżeli ona pod wysokiem parciem wnika w zmiażdżone uszkodzeniem tkanki. Podobnież krzepnie krew wynaczyniona, jeżli wejdzie w styczność z ciałami obcemi, jak nabojem lub gazami z spalonego prochu. Jeżli ustrój po doznanem uszkodzeniu natychmiast zamiera, krew częściej zostaje płynną przy równych zresztą warunkach, niż gdy ustrój ten dopiero po upływie pewnego czasu ginie. Dlaczego jednak nagła śmierć sprzyja utrzymaniu się krwi w stanie płynnym, pozostaje nadal tajemnicą. (*Deut. med. Wschr.* Nr. 7. 1892.) *Dr. Wachholz.*

Spitzer: **Glistnica robaczkowa pod względem sądowym.**

Dwunastoletnią dziewczynę przyprowadzili rodzice d. 24 czerwca do lekarza prosząc, ażeby zbadał jej dziewictwo, ponieważ mają podejrzenie, że została zgwałconą. Oskarżenie uzasadniali tem spostrzeżeniem, że dziecko we śnie ciągle około części płciowych skubie, i że cierpi od kilku tygodni prawdopodobnie na wzmagający się wyciek z pochwy, ponieważ na bieliźnie są tego coraz wyraźniejsze oznaki. Badanie części płciowych wykazało przewlekły wyprysk wilgotny na wargach i międzykroczu, tudzież liczne krwawe ślady skutkiem drapania na pośladkach. Błona dziewicza była w kilku miejscach powierzchownie naddarta, i po wprowadzeniu z łatwością grubego, szklanego, cewnika kobiecego, wyciekła z pochwy przez tenże wydzielina śluzowo-ropiasta. W celu dokładniejszego oczyszczenia i równoczesnego pobudzenia błony śluzowej pochwy do ściągania się, przestrzykał S. pochwę słabym rozczynem nadmanganezianu potasowego, skutkiem czego wypłynął kłębek nitkowatych robaków. Po znalezieniu takiego *corpus delicti* sprawa się wyjaśniła, i tak dotychczasowe wypieranie się dziecka, jakoteż obwinianie parobka przekonało o niesłusznem podejrzeniu rodziców. (*Wien. med. Wochenschr.* Nr. 1. 1892) *Dr. Skobel.*

Notatki lecznicze.

Dr. Thomas poleca w celu uchronienia kobiet karmiących od powstawania rozpadlin brodawek piersiowych następującą maść:

Tinct. Benzoes comp. gutt. XV
Ol. olivar. 3 00
Lanolini 24 00

Maść tę stosować należy po każdorazowem karmieniu przez pierwszych 14 dni. (*Deut. med. Wochenschrift* 1892, str. 439).

Przeciw temu samemu cierpieniu zaleca Dr. Oehren (*Deut. med. Wschrft.* 1892, str. 463) maść składającą się z:

Ichthyoli 4·00
Lanolini
Glycerini āā 5·00
Ol. olivar. 1·00

Po jednorazowem zastosowaniu tej maści bóle przy karmieniu mają się zmniejszać, a w krótkim czasie zupełnie ustają. *Dr. Beck.*

IV. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 29-go czerwca. Otrzymaliśmy następującą odezwę:

IV. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie.

Wszystkich lekarzy niechcących brać udziału w Zjeździe jako członkowie a interesujących się chirurgiją zapraszamy uprzejmie jako gości na posiedzenia przyszłego Zjazdu.

Posiedzenia Zjazdu będą się odbywały podobnie jak w latach poprzednich od 10—1 godz. przed poł. w klinice chirurgicznej i od 2—4 godz. po poł. w auli uniwersyteckiej; posiedzenia przedpołudniowe przeznaczone są na wykłady z demonstracyjami, popołudniowe przeznaczone na wykłady teoretyczne.

Pierwszego dnia Zjazdu odbędzie się od 8—10 godziny zwiedzanie kliniki chirurgicznej, drugiego dnia w tymże czasie oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza, trzeciego dnia szpitala św. Ludwika.

Dalsze wykłady zgłosili:

6) Dr. Bogdanik: O martwinie fosforowej.

7) Dr. Łucki: Ciekawy przypadek wgłobienia jelit.

8) Prof. Rydygier: O leczeniu zapalenia opłucnej (*empyema*) wysiękowego.

9) Dr. Gabryszewski: O znieczulaniu kokainą (z demonstracyjami).

10) Doc. Dr. Trzebicky: W sprawie podwiązania żyły udowej.

11) Dr. Śmiechowski: Leczenie gruźlicy stawów i kości kwasem cynamonowym sposobem Landerera.

12) Dr. Gabryszewski: Osteoplastyczna operacyja po wypiłowaniu szczęki dolnej.

13) Dr. Krasowski: Przedstawienie chorej po operacyi Schoenborna.

14) Dr. Kryński: O leczeniu zwichnięcia wrodzonego w stanie biodrowym (z przedstawieniem chorej).

15) Dr. Klecki: O nowszych środkach antiseptycznych.

16) Dr. Rościszewski: O przeszczepieniu moczowodów.

17) Dr. Kozłowski: O leczeniu przykurczeń kolana sposobem Helfericha (z przedstawieniem chorych).

18) Dr. Obfidowicz: O wolu kostniejącym.

* Towarzystwo lekarskie warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez Dra Walentego Koczorowskiego:

1) Jakość i ilość bakteryj chorobotwórczych i nieszkodliwych w wodzie wiślanej.

2) Wpływ zanieczyszczeń kanałowych i filtrowanie przez filtry piaskowe na zawartość bakteryj i skład chemiczny wody rzecznej.

3) Zbadać chemicznie produkty trujące (ptomainy) jednego z grzybków chorobotwórczych (temat dawniejszy).

4) Zbadać anatomicznie i fizyjologicznie unerwienie krtani.

5) Wyjaśnić proces kiszenia barszczu, kapusty etc. na drodze ścisłego badania.

6) Sprawdzić czy i jakie mikroorganizmy mogą być wraz z potem wydalone z ustroju w chorobach zakaźnych.

7) Zbadać histologiczną budowę jajowodów z uwzględnieniem rozwoju fałd i kanałów drugorzędnych.

8) Wpływ resekcyi różnej długości odcinków kiszek w różnych miejscach na wchłanianie białka, tłuszczów i wodanów węgla.

9) Porównanie wpływu dyjety białkowej różnego pochodzenia (mięso, mleko, jaja, rośliny strączkowe etc.) na wydzielanie białka w moczu w przebiegu chronicznego zapalenia nerek.

10) O wchłanianiu tłuszczu i materyj białkowych w przewodzie pokarmowym niemowląt z mleka sterylizowanego w porównaniu z mlekiem kobiecem.

11) Fermentacyja w żołądku normalnym i patologicznym (badanie chemiczne i bakteryjologiczne).

12) Wykazać granicę kąta maksymalnego, a jeszcze nieszkodliwego skręcenia główki noworodka: a) przy unieruchomionej miednicy; b) przy unieruchomionych stopach. Wykazać jaki udział przy takiem skręceniu przyjmuje każda z części kręgosłupa i oznaczyć dla każdej hamulce skręcenia.

13) Zbadać proces trawienia młodéj cellulozy roślinnéj, produkta przy tem tworzące się i wyprowadzić ztąd wnioski co do wartości pożywnéj cellulozy roślinnéj (jarzyny, szpinak etc.).

14) Przeszczepialność raka i naukowe objaśnienie tego zjawiska.

15) Czy zniszczenia w płucach u suchotników zależą od działania wyłącznie tylko lasecznika Kocha?

Termin do złożenia rozpraw oznacza się do dnia 31 marca 1893 roku.

Za najlepszą pracę napisaną na którykolwiek z powyższych tematów wyznacza się nagroda rs. 300. Takich nagród na rok 1892/93 jest sześć. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa lekarskiego najmniéj w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autora. Wszystkie prace nadesłane być mają w rękopismach pod adresem „Sekretarza stałego Towarzystwa lekarskiego warszawskiego“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest: nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania należy podać w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Tow.: sekretarz stały *Dr. Brodowski*.
(*Medycyna* Nr. 26).

* W Kasselu skazany został przez sąd tameczny kierownik zakładu dla chorób nerwowych w Wilhelmshöhe Dra Widerhold na 3 miesiące więzienia za to, że histeryczkę, powierzoną swéj opiece, traktował nietylko słowami obelżywemi ale i policzkowaniem, kijem i szpicrutem, gdy z powodu boleści silnych krzyczała, a była to 51 lat licząca żona jednego z jeneralnych konsulów w Dreźnie mieszkających.

* W tygodniu 23-cim (od 5—11 czerwca) było w Krakowie małżeństw 7, urodzeń 52, skonów 52, z tych z zapalenia płuc 10, z gruźlicy 7, z nieżytu żołądka i jelit 3.

W tygodniu 24-tym (od 12—18 czerwca) było w Krakowie małżeństw 15, urodzeń 48, skonów 53, z tych z nieżytu żołądka i jelit 8, z dławca i błonicy 8, z gruźlicy 6, z zapalenia płuc 6.

* W Krynicy do d. 20 czerwca było gości 643, — w Szczawnicy 457, — w Truskawcu 149, — w Pyszczanach do 24 czerwca gości 1414.

* **Wiadomości uniwersyteckie**. Rektorem uniwersytetu wiedeńskiego na rok przyszły wybrany został prof. chemii lek. Dr. Ernest Ludwig, dziekanem zaś Wydziału lek. prof. Dr. E. Hofman. — Na miejsce zmarłego prof. Lumniczera Wydział lek. w Budapeszcie proponował na posadę profesora chirurgii *primo loco* proff. Dollingera i Réczeya, *secundo* prof. Navratila, *tertio* docenta Schmidta. — Docent pryw. Dr. Kolaczek we Wrocławiu zamianowany został nadzw. profesorem chirurgii tamże.

* **Odznaczenia**. Były dyrektor szpitala na Wiedeniu Dr. Fryderyk Lorinser i b. fizyk m. Wiednia Dr. Franciszek Innhauser otrzymali od N. Pana pozwolenie używania i nadal tytułu c. k. radzców sanitarnych, pomimo że przestają być członkami Rady sanitarnéj, — a dyrektor zakładu dla obłąkanych w Budapeszcie Dr. Niedermann otrzymał order korony żelaznéj 3-éj klasy.

* **Zmarli**. W Lugdunie (Lyon) umarł przed kilkoma dniami Dr. Jan Karol Teodor Pravaz urodzony tamże w r. 1831, po śmierci ojca swego dyrektor zakładu ortopedycznego i głównie tak jak ojciec ortopedyi poświęcający się. Strzykawka, która obecnie znajduje się w ręku każdego lekarzu, pochodzi od ojca jego Karola Gabryjela, który umarł w roku 1853. — W Bernie szwajcarskiem umarł zasłużony pedyjatra Dr. Rudolf Demme, urodzony tamże w r. 1836, syn profesora chirurgii zmarłego w r. 1867 i młodszy brat docenta Hermana, który w r. 1864 otruł się razem ze swoją narzeczoną, po uwolnieniu przez Sąd przysięgłych od oskarżenia o zatrucie teścia swego bankiera Trümpyego. — W Kazaniu umarł prof. neuropatologii Dr. Skołozubow w 53 roku życia.

* Z powodu ogłoszenia p. Zahradnika w Nrze 26 na str. 328 umieszczonego otrzymaliśmy list od szan. kolegi Dra Ściborowskiego, lekarza zakładowego w Szczawnicy, z prośbą o sprostowanie owego ogłoszenia, ponieważ sam osobiście przekonał się, że apteka w Szczawnicy utrzymuje na składzie kapsułki „Hygea“ z gwajakolem i kreozotem wyrobu p. Zahradnika i że tak piszący jak inni koledzy w Szczawnicy praktykujący kapsułki te chorym zapisują.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.